

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA**



**“ALEXITIMIA Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE RIESGO DE
ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS”**

PS19-00017

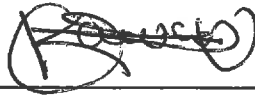
**Por
Dra. Carolina Villarreal Reséndez**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

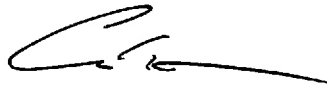
Febrero 2022

Aprobación de la tesis:

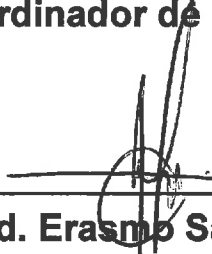
“ALEXITIMIA Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS”



Dr. Omar Kawas Valle
Director de Tesis



Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza



Dr. Med. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe de Departamento



Dr. Med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

Dedicatoria

Esta tesis representa el aprendizaje y esfuerzo de 4 años del que formaron parte muchas personas a quienes quisiera agradecer dedicando este escrito con mucho cariño.

A mis padres y mi hermana, por estar, por escuchar y por su apoyo incondicional.

A mis profesores y compañeros de psiquiatría, que han sido parte importante de mi crecimiento personal y profesional.

A mis pacientes, que me han permitido conocerlos, admirarlos y aprender de sus experiencias de vida y su increíble capacidad de resiliencia.

A Benjamín, por impulsarme a enfrentar mis miedos y acompañarme en esta etapa llena de cambios y retos.

Y a Adrián, Andrés, Daniel, Elena, Emilio, Gerardo, José, Merari y Xavier, por hacer más fácil el camino. Estoy segura de que esta experiencia es más bonita y gratificante porque ustedes han sido parte de ella.

TABLA DE CONTENIDOS

Sección	Página
1. Introducción.....	6
2. Marco Teórico.....	7
3. Antecedentes.....	17
4. Justificación.....	20
5. Hipótesis.....	21
6. Objetivos.....	21
7. Material y métodos.....	22
8. Consideraciones éticas.....	28
9. Resultados.....	29
10. Discusión.....	38
11. Conclusiones.....	42
12. Referencias bibliográficas.....	43
13. Anexos.....	50
14. Resumen autobiográfico.....	53

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla/Figura	Página
Figura 1. Reclutamiento.....	29
Tabla 1. Puntuaciones totales.....	30
Tabla 2. Sexo.....	30
Tabla 3. Estado civil.....	30
Tabla 4. Edad de inicio de consumo de alcohol.....	31
Tabla 5. Consumo de tabaco.....	31
Tabla 6. Consumo de drogas alguna vez en la vida.....	32
Tabla7. Consumo de drogas últimos 12 meses.....	32
Tabla 8. AUDIT.....	33
Tabla 9. Alexitimia.....	33
Tabla 10. Correlación Alexitimia-AUDIT	34
Tabla 11. Chi2 Alexitimia-AUDIT.....	34
Tabla 12. Chi2 Alexitimia-sexo.....	35
Tabla 13. Chi2 Alexitimia- edad inicio de consumo.....	35
Tabla 14. Alexitimia-otras drogas.....	35
Tabla 15. AUDIT- DIS: Dificultad para identificar sentimientos.....	36
Tabla 16. AUDIT- DDS: Dificultad para describir sentimientos.....	36
Tabla 17. AUDIT- POE: Pensamiento orientado a lo externo.....	37

INTRODUCCIÓN

Este proyecto pretende investigar la relación entre un padecimiento sumamente prevalente y estudiado a nivel mundial y un término que, aunque no es nuevo, sigue siendo desconocido por muchos en el área de la salud mental. Se trata el primero del consumo de alcohol, y el segundo de la alexitimia.

La alexitimia se refiere a una alteración en el funcionamiento mental de algunas personas que se caracteriza por dificultades en la capacidad de expresar el afecto y la creación de fantasías. Aunque inicialmente se describió en el contexto de enfermedades psicosomáticas, esta dificultad puede encontrarse asociada con muchos otros trastornos médicos y psiquiátricos (Taylor, 1984).

El alcohol es hoy la sustancia adictiva más utilizada en el mundo, cuando se abusa de este, nos encontraremos con repercusiones para la salud pública, social y economía que van volviéndose más difíciles de contener por las comunidades y sistemas de salud del mundo (Schuckit, 2009).

Por este impacto innegable que ejerce el uso de alcohol en los individuos y la sociedad, considero de suma importancia continuar investigando todos los aspectos que pudieran estar relacionados de forma significativa con cualquiera de las formas perjudiciales de consumo, que nos acerquen un poco más al mejor entendimiento y manejo de este. Es de esta idea que surge el interés por ampliar la información existente del impacto de la alexitimia en el uso de alcohol.

MARCO TEÓRICO

Alexitimia

Un término poco conocido fuera del mundo de la salud mental, aunque cada vez más estudiado es la alexitimia. Etimológicamente proviene del griego: (a) falta, (lexia) de palabras, (timia) para los sentimientos; fue introducido por primera vez en 1973 por el griego Peter Emanuel Sifneos, médico psiquiatra que utilizó esta palabra para describir inicialmente un conjunto de síntomas característicos de pacientes con diversas enfermedades psicosomáticas, y que indica una dificultad para identificar las emociones propias y poder describirlas, así como una fantasía interna muy limitada (Fernandez Montalvo & Yáñez, 1994).

En la definición general de alexitimia podemos identificar 3 componentes:

- Dificultad marcada para describir sentimientos y emociones.
- Ausencia o disminución importante de la fantasía.
- Expresión del pensamiento operatorio.

Este último término, pensamiento operatorio, se refiere a un tipo de pensamiento, también característico de los pacientes psicosomáticos, que se limita a sólo describir la acción en sí misma. Esto es, que el sujeto describe sus acciones o hechos tal y como se producen sin asignarles alguna connotación afectiva (Fernandez Montalvo & Yáñez, 1994).

La definición de alexitimia ha ido modificándose parcialmente con las aportaciones de diferentes autores a lo largo del tiempo; actualmente podemos entenderla como:

- Una dificultad para reconocer y expresar las emociones.
- Mayor facilidad para utilizar la acción como estrategia de afrontamiento ante situaciones que generan conflicto para la persona.
- Pensamiento concreto, con poca capacidad de abstracción.
- Pobreza de la comunicación no verbal.

Existe un debate sobre si la alexitimia debe entenderse de forma dimensional como un *rasgo* de personalidad, de manera que todas las personas pudieran tener cierto grado de alexitimia, o como un *estado*, a modo de un padecimiento que se tiene o no, con una visión más bien categórica del concepto (Fernandez Montalvo & Yáñez, 1994).

Son muy pocos estudios los que informan la epidemiología de la alexitimia en población general o específicas; en grupos estudiantiles se han encontrado tasas de prevalencia del 8 al 10% (Blanchard et al., 1981; Shipko, 1982), y en algunos estudios supera el 40% (Alzahrani et al., 2020), siendo esta mayor en hombres. Es el componente del pensamiento orientado a lo externo el que se ha reportado con una diferencia más marcada entre mujeres y hombres, siendo más notable en ellos (Moral de la Rubia, 2005).

Tener en cuenta la presencia de alexitimia puede ser importante al momento de iniciar un proceso de psicoterapia, pues varias investigaciones sugieren que podría interferir en el tratamiento de los pacientes. Tiene sentido pensar que quien tiene más dificultad para identificar y verbalizar sus emociones, también tendrá más dificultad al momento de abordarlas en una psicoterapia. Esto se ha visto en diferentes tipos y modalidades de tratamiento, como la Terapia de Apoyo o la

Terapia Psicodinámica, ya sea individual o en grupo (Ogrodniczuk et al., 2011; Taylor, 1984).

Hoy en día existen diferentes escalas que permiten evaluar de forma menos subjetiva la alexitimia y el grado en el que está presente en el individuo, y por ende que tan limitada pudiera estar su capacidad de expresión emocional.

Una de estas escalas, quizá la más utilizada en el mundo, es la Escala Toronto de Alexitimia (TAS-20). Como parte de sus características principales, la TAS-20 se compone de subescalas que evalúan 3 dimensiones de la alexitimia: dificultad para identificar sentimientos, dificultad para describir sentimientos y pensamiento orientado a lo externo.

Otras escalas son: el Beth Israel Hospital Questionnaire (BIQ), la Escala de Alexitimia del MMPI, Escala de Alexitimia de Noel y la Alexithymia Provoked Response Questionnaire (APRQ), por mencionar algunas (Fernandez Montalvo & Yárnoz, 1994).

Una vez establecido que frente a nosotros se encuentra una persona con un grado significativo de alexitimia, debemos preguntarnos si existe alguna intervención psicoterapéutica específica que se enfoque en su tratamiento, esto asumiendo que nos encontramos frente a un rasgo modificable.

Poco se sabe al respecto, pero se ha observado en estudios que cuando el tratamiento va orientado específicamente a la alexitimia, se obtienen mejores resultados en esta, comparado con los tratamientos en los que se aborda más bien como un objetivo secundario. Por ahora no se ha logrado mostrar superioridad de

algún tipo de psicoterapia en particular (Cameron et al., 2014; Ogrodniczuk et al., 2011).

Consumo de alcohol

En cuanto a la ingesta de alcohol, actualmente se trata del problema de uso de sustancias más extendido en México y en el mundo, con consecuencias para la salud y la sociedad que pueden llegar a ser graves (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz et al., 2017). Ejemplo de esto es que su consumo se asocia de forma directa a más de 60 padecimientos y es factor de riesgo para muchos otros (Schuckit, 2009).

El consumo de alcohol a una edad temprana tiene también una serie de resultados perjudiciales, estos incluyen problemas de salud física y mental, un impacto en el desarrollo del sistema nervioso y un mayor riesgo de sufrir accidentes y lesiones (Schuckit, 2009).

Las consecuencias negativas a largo plazo surgen en particular del consumo excesivo de alcohol, definido como el consumo excesivo de alcohol en un tiempo limitado que objetivamente suele referirse a la ingesta de más de seis unidades de bebida estándar en una sola exhibición para hombres y mujeres (Giles et al., 2019).

Estos efectos a largo plazo se han observado en diversos estudios como la cohorte de Reino Unido (the 1970 British Cohort Study) donde más de 16,000 individuos nacidos en 1970 fueron seguidos a los 5, 10, 16 y 30 años. Se encontró que el consumo excesivo de alcohol en la adolescencia estaba asociado con consecuencias negativas posteriores (en la edad adulta), como la dependencia del

alcohol, la falta de vivienda, y un menor grado académico alcanzado (Giles et al., 2019).

Hay muchas maneras de consumir alcohol que suponen un riesgo o daño importante para las personas. Algunas de estos consumos perjudiciales son el consumo diario elevado, los episodios repetidos de beber hasta la intoxicación, consumos de alcohol que causa daño físico o mental y el consumo que lleva al desarrollo de dependencia (Organización Mundial de la Salud, 2001)

Al igual que muchos otros padecimientos, en el trastorno por consumo de alcohol influyen factores diversos en su desarrollo. Si bien el mecanismo de acción de la droga es relevante en este proceso, se han estudiado otros factores sociales, psicológicos, genéticos y biológicos que en conjunto predisponen a ciertos individuos a presentar esta enfermedad (Sadock et al., 2015)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Publishing, 2014) establece los siguientes criterios para lo que denomina “trastorno por consumo de alcohol”:

A. Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.

3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol.
 - b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

En estos criterios del DSM-V no se usa como tal el término de “dependencia”, pero si se incluyen el de intoxicación y abstinencia, con su respectiva definición (American Psychiatric Publishing, 2014).

A continuación, se definen algunos conceptos que no se encuentran como tal en el DSM-V, pero que serán relevantes para la mejor comprensión del presente estudio:

El **consumo de riesgo** es un patrón de consumo que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para quien bebe o quienes lo rodean, a pesar de que el individuo aún no padezca ningún trastorno (Organización Mundial de la Salud, 2001).

El **consumo perjudicial** se refiere a aquel que ya presenta consecuencias para la salud física y mental de la persona (algunos también incluyen las consecuencias sociales) (Organización Mundial de la Salud, 2001).

La **dependencia** es un “conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia de este a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe” (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Para evaluar el panorama nacional del uso de alcohol, se revisó la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en México y publicada en 2017, que mostró un aumento significativo entre el año 2002 y 2011 en las prevalencias de consumo de

alcohol en la población general, de alguna vez en la vida (64.9 a 71.3%), en el último año (46.3 a 51.4%) y en el último mes (19.2 a 31.6%). El porcentaje de dependencia también aumentó de 4.1 a 6.2%. Específicamente en la población adulta (de 18 a 65 años), el consumo excesivo de alcohol en 2011 fue de 36.5% (53.6% para hombres y 20.8% para mujeres) (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz et al., 2017).

Para 2016, en la última encuesta, los resultados se mantuvieron similares para el consumo de alguna vez en la vida; la prevalencia en el último año disminuyó de 51.4 a 49.1%, pero la ingesta en el último mes aumentó de 31.6 a 35.9% (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz et al., 2017).

El tratamiento del trastorno por consumo de alcohol dependerá del grado de severidad del mismo, y de si el paciente se encuentra en alguna situación que amerite un manejo especial, por ejemplo, que esté en estado de intoxicación, abstinencia, o que presente comorbilidad médica o psiquiátrica significativa (Schuckit, 2009).

Dentro del manejo brindado a esta población encontramos la entrevista motivacional e intervenciones breves, usualmente dirigidas a consumidores de riesgo, que aún no han desarrollado dependencia. Para quienes ya presentan un nivel de consumo más problemático, podemos apoyarnos en terapias con enfoque cognitivo conductual, manejo farmacológico y rehabilitación psicosocial (Schuckit, 2009).

Alexitimia y su relación con el consumo de alcohol

Se sabe que la alexitimia se encuentra relacionada a múltiples padecimientos médicos y psiquiátricos (Assogna et al., 2016; Baiardini et al., 2011; Di Tella & Castelli, 2016; Unikel & Caballero, 2005; Yalinay et al., 2020). Entre estos últimos encontramos el uso de sustancias en todas sus formas de presentación, desde abuso e intoxicación hasta la dependencia. El alcohol no es la excepción, y desde hace años se ha investigado la relación entre ambos (Coriale et al., 2012; Cruise & Becerra, 2018; Thorberg et al., 2009; Moral de la Rubia, 2009) encontrando aspectos específicos que pudieran resultar de utilidad en el manejo integral del consumo de alcohol.

Uno de estos aspectos es la asociación entre cada una de las tres dimensiones de alexitimia que propone la TAS-20, y el consumo de alcohol; algunos estudios reportan que el pensamiento orientado a lo externo tiene más asociación con el consumo de sustancias que el resto (Kajanoja et al., 2019). También se ha visto que el grado de alexitimia puede influir en la intensidad del consumo y los motivos para el mismo. Por último, aunque menos investigado, es la influencia que puede tener la alexitimia en el pronóstico y respuesta al tratamiento del alcoholismo (Coriale et al., 2012; Cruise & Becerra, 2018; Thorberg et al., 2009).

Hasta el día de hoy la mayoría de los estudios realizados que investigan la relación entre alcohol y alexitimia han sido en muestras clínicas. Sin embargo, cada vez existen más investigaciones que muestran resultados parecidos en poblaciones estudiantiles; encontrando una correlación positiva entre alexitimia y un exceso en el consumo de alcohol y de otras sustancias (Knapton et al., 2018).

Aunque pareciera estar bien establecido este vínculo de alexitimia-alcohol, aún se desconocen los mecanismos por los cuales la alexitimia influye en el consumo, y si pudiera ocurrir esta asociación en el sentido opuesto, es decir, si el uso de alcohol de alguna forma podría predisponer al desarrollo de algún grado de alexitimia "secundaria".

Consumo de alcohol y adultos jóvenes parecen ser dos conceptos que van casi siempre de la mano en diferentes culturas alrededor del mundo, sin importar el paso del tiempo o condición social, y México no es la excepción.

El alcohol se ha vuelto desde hace ya varios años un tema de salud pública importante en nuestro país, que cada vez más atrae la atención en búsqueda de ampliar nuestro conocimiento sobre factores de riesgo, fisiopatología y consecuencias bio-psico-sociales de su consumo.

Específicamente la alexitimia, es un concepto poco estudiado en nuestro medio y del que aún hace falta mucha más investigación para establecer objetivamente su relación con diversos padecimientos mentales y de ser posible un tratamiento específico, que pudiera llegar a mejorar el pronóstico de los trastornos coexistentes.

ANTECEDENTES

En una revisión sistemática de artículos publicados entre 2009 y 2016 sobre alexitimia y el uso problemático de alcohol. Se encontró que las tasas de prevalencia de alexitimia entre las muestras con dependencia del alcohol se identificaron entre el 30 y el 49% (Cruise & Becerra, 2018).

Los autores también reportaron una relación indirecta entre la alexitimia y la gravedad del problema del alcohol que está mediada por una serie de construcciones psicológicas relacionadas con el consumo de alcohol (por ejemplo, la expectativa de consumo de alcohol, los motivos para beber, el deseo y los pensamientos intrusivos relacionados con el alcohol) y los factores de riesgo psicológicos para el desarrollo de problemas relacionados con el alcohol (por ejemplo, el estado de ánimo y desregulación emocional, apego, trauma y función cognitiva) (Cruise & Becerra, 2018).

En febrero de 2019, Michael Lyvers y colaboradores publicaron un artículo donde evaluaron un modelo de desarrollo de alexitimia relacionado con el consumo riesgoso de alcohol, basado en el vínculo parental, apego adulto y teoría de la mente (Lyvers et al., 2019).

Encontraron una vía significativa desde el vínculo materno disfuncional hasta el apego inseguro de adultos a la alexitimia y el consumo riesgoso de alcohol; un camino separado indicaba un efecto indirecto de la alexitimia en asociación entre la teoría de la mente deficiente y el consumo de riesgo (Lyvers et al., 2019).

En una revisión de 24 artículos publicados entre 1987 y 2008, relacionados con alexitimia y trastornos por consumo de alcohol obtenidos de Web of Science, PsycInfo y Pubmed, se concluyó que en todos los estudios se mostraban altas tasas de prevalencia de alexitimia en pacientes dependientes (Thorberg et al., 2009).

Por otro lado, en uno de los artículos realizado por Junghanns se encontró asociación entre mayores deseos de beber y “dificultades para identificar y describir sentimientos”, siendo una importante investigación inicial, no obstante, no se demostró que la alexitimia sea un factor de riesgo para desarrollar trastornos por consumo de alcohol (Thorberg et al., 2009).

En un estudio de 205 pacientes realizado en Irán, se evaluó la contribución de distintitos factores como la alexitimia y regulación de emociones a la alta suicidalidad en pacientes ambulatorios dependientes a alcohol comparados con un grupo control de 100 pacientes (Ghorbani et al., 2017).

El grupo de estudio se dividió en pacientes con y sin intentos previos de suicidio, encontrándose diferencias significativas entre ambos. Los pacientes con intentos de suicidio mostraron mayores puntajes en las escalas para depresión, severidad en la dependencia de alcohol y alexitimia entre otras. También se encontró relación entre las subescalas de alexitimia y la ideación suicida (Ghorbani et al., 2017).

Knapton, Bruce y Williams exploraron en 138 individuos la relación entre alexitimia y el deseo por consumir alcohol antes, durante y después de exponerse a un factor social estresante (Knapton et al., 2018).

Se demostró que la alexitimia estaba relacionada con tasas significativamente más altas de consumo de alcohol y niveles más altos de deseo. Esto se traduce en un mayor deseo por el alcohol antes, durante y después del estresor social entre los participantes alexitímicos (Knapton et al., 2018).

JUSTIFICACIÓN

Hasta el momento existen pocos estudios que investiguen la relación entre alexitimia y consumo de alcohol. Específicamente la alexitimia, es un concepto poco estudiado en nuestro medio y del que aún hace falta mucha más investigación para establecer objetivamente su relación con diversos padecimientos mentales y de ser posible un tratamiento específico, que pudiera llegar a mejorar el pronóstico de los trastornos coexistentes.

Al menos en México parece ser un tema que gran parte de los mismos profesionales de la salud mental desconocen, para algunos incluso la alexitimia es un término del que nunca han escuchado y por ende se pasa por alto en el abordaje de muchos padecimientos en los que quizá podría ser relevante para el pronóstico y/o tratamiento.

Por estos motivos resulta importante profundizar en el estudio de estos temas, que nos lleve a un mayor entendimiento de su posible influencia mutua, y en qué grado esto es clínicamente significativo.

HIPÓTESIS

Los pacientes que puntúen más alto en la Escala Toronto de Alexitimia (TAS-20), tendrán también un puntaje mayor en el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), y por lo tanto presentarán un patrón de consumo más riesgoso. Lo anterior significa que estos individuos que muestran mayor dificultad en la identificación de sus emociones están en mayor riesgo al exponerse al alcohol.

OBJETIVOS

Objetivo general

- ➔ Evaluar si existe relación entre la presencia de alexitimia y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios.

Objetivos específicos

- ➔ Determinar:
 1. Si existen diferencias en la relación de las variables por género.
 2. Si existe relación entre la presencia de alexitimia y el consumo de tabaco u otras sustancias.
 3. Si alguna de las tres dimensiones que evalúa la TAS-20 tiene una asociación más fuerte con el consumo de alcohol respecto a las otras.
 4. La prevalencia de alexitimia en la población de estudiantes de medicina de nuestra facultad.
 5. La prevalencia del consumo riesgoso de alcohol en esta población, independientemente de la presencia de alexitimia.
 6. Comparar estas prevalencias obtenidas en este estudio con las reportadas actualmente en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio y participantes

Para propósitos de este estudio se evaluaron estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León que se encontraban cursando el quinto año de la carrera de Médico, Cirujano y Partero, hombres y mujeres de 20 a 30 años que aceptaron participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

A cada sujeto se le presentaron 2 cuestionarios de 10 y 20 ítems (Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) y Escala Toronto de alexitimia (TAS-20), respectivamente). Estos cuestionarios inicialmente iban a ser entregados de forma presencial en las clases de la materia de psiquiatría de pregrado, pero ante la situación actual de pandemia, la cuarentena que atravesamos en el país y la suspensión indefinida de actividades presenciales, se solicitó una enmienda para cambiar el reclutamiento a una modalidad a distancia la cual fue aprobada por el comité de ética de la universidad el día 11 de junio de 2020. Los cuestionarios ahora debían ser llenados de forma completa a través de la plataforma digital de la Facultad de Medicina, donde se les compartió el enlace a los mismos, previa autorización del Departamento de Psiquiatría, quien apoyó para el uso de la plataforma con sus alumnos.

Posteriormente se evaluó si había una relación entre un consumo riesgoso de alcohol y alexitimia; esta última podría definirse como un rasgo de personalidad que denota una dificultad para reconocer y verbalizar emociones, así como la tendencia a utilizar la acción como estrategia de afrontamiento ante situaciones conflictivas.

Como parte de los objetivos secundarios, también se buscó el análisis de las diferencias en estos constructos dependiendo de diferentes variables, algunas de ellas sociodemográficas como sexo y edad. Para ello, además de los 2 instrumentos, se proporcionó también vía plataforma, un formato para que los participantes proporcionaran otros datos generales de información sociodemográfica (excluyendo datos de identificación).

Al finalizar se ofreció a través de la misma plataforma, información sobre el consumo de riesgo de alcohol y sus consecuencias, así como una invitación para buscar orientación en caso de que los sujetos se perciban a sí mismos como consumidores de riesgo.

Se dio la opción de proporcionar su correo electrónico a quien deseara recibir más información al respecto; y a través de este, también se ofrecieron datos de contacto de instituciones que se dedican a trabajar con el consumo de sustancias.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres.
- Estudiantes de medicina cursando la materia de psiquiatría.
- Que deseen participar en el estudio.
- Que cuenten con un dispositivo electrónico y acceso a internet que les permita responder la encuesta en línea.

Criterios de exclusión

- Que tengan 31 años o más.

Criterios de eliminación

- Cuestionarios llenados de forma incompleta.

Instrumentos de medición

A continuación, se proporciona una breve descripción de los instrumentos a utilizar:

AUDIT (Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol):

Este fue creado por la Organización Mundial de la Salud como un método de tamizaje para la detección oportuna del consumo de riesgo de alcohol en la población general y poblaciones específicas. El AUDIT puede ayudar a identificar si un individuo presenta un consumo de riesgo, un consumo perjudicial o dependencia de alcohol (Morales Quintero et al., 2019).

Fue desarrollado en un periodo aproximado de 20 años por un equipo de expertos de diferentes áreas de estudio. Se ha demostrado en numerosas investigaciones que este cuestionario brinda una adecuada evaluación del riesgo en diferentes culturas, edades y géneros. El AUDIT ha sido validado en 6 países y es la única prueba de tamizaje diseñada específicamente para uso internacional (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Está compuesto por 10 preguntas que abordan el consumo reciente, síntomas de dependencia y otros problemas relacionados con el alcohol; cada pregunta tiene varias opciones de respuesta que se puntúan en una escala que va del de 0 a 4.

Si bien los puntos de corte pueden variar según convenga al contexto en el que se esté aplicando, se recomienda un puntaje igual o mayor a 8 como indicador de consumo de riesgo y consumo perjudicial, sin descartar una posible dependencia de alcohol. Para el presente estudio se tomará la puntuación total de 8 a 15 como indicador de un consumo de riesgo y de 16 o más como un consumo de riesgo alto y probable dependencia (Organización Mundial de la Salud, 2001).

TAS-20 (Escala Toronto de Alexitimia):

En 1985 Michael Bagby, Graeme J. Taylor y David Ryan crearon una escala de auto reporte con 26 ítems y 4 subescalas para evaluar la alexitimia (Bagby et al., 1986). En 1994 después de una revisión de la escala por los mismos autores, se hicieron ciertas modificaciones resultando en lo que ahora conocemos como TAS-20, una versión menos extensa que la anterior, siendo actualmente la medida más utilizada del constructo de alexitimia (Bagby et al., 1994).

La TAS-20 consta de 20 ítems, 13 de los cuáles provienen de la escala original y comprende tres subescalas que evalúan: dificultad para identificar sentimientos (ítems 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14), dificultad para describir sentimientos (ítems 2, 4, 11, 12 y 17) y pensamiento orientado externamente (ítems 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20). Se puntúa a través de una escala tipo Likert de 5 puntos que especifica el nivel de

acuerdo o desacuerdo con lo que se indica en cada ítem; se pueden obtener de 20 a 100 puntos, considerándose alexitímico aquel sujeto con una puntuación igual o mayor a 61 (Leising et al., 2009).

Cálculo de muestra

Teniendo en cuenta una población finita de 475 estudiantes (dato obtenido de la Subdirección de Pregrado de la facultad), los cuales cumplen en conformidad con los criterios de selección del presente estudio, con un nivel de confianza del 95%, una probabilidad máxima estimada de 50% y un error máximo aceptado del 10%; se determinó mediante la fórmula para tamaños muestrales de proporciones en poblaciones finitas, una muestra estadísticamente significativa de 80 estudiantes, sugiriendo un 10% extra para compensar merma, dando un final propuesto de 88 estudiantes.

Análisis estadístico

Los resultados serán recabados en una base de datos de Excel para su posterior análisis mediante el programa IBM SPSS Statistics 21. Se obtendrán de las variables evaluadas los estadísticos descriptivos tradicionales (medidas de tendencia central, dispersión y posición) para las variables cuantitativas, así como las frecuencias observadas en las cualitativas.

Las variables serán segmentadas según los factores de interés establecidos en los objetivos, y contrastados mediante pruebas de hipótesis para medias (T de Student o U de Mann Whitney según distribución) y para proporciones (prueba Z) a una confiabilidad del 95%; la búsqueda de correlación y asociación se realizarán mediante los tests de Pearson o Sperman (según distribución) y Chi2 respectivamente, a la misma confiabilidad del 95%.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se invitó a participar de forma voluntaria a estudiantes mayores de edad, que por sí mismos pudieran comprender la información necesaria para el llenado de los instrumentos en línea.

No se solicitaron datos de contacto de los participantes, salvo su correo electrónico, sólo quienes quisieran recibir más información sobre el consumo de alcohol.

Se proporcionó antes de iniciar las encuestas un resumen del proyecto en palabras simples, y se dio la opción de aceptar o no el participar. También se brindó un correo electrónico y teléfono de contacto en caso de dudas o aclaraciones de los participantes.

Se solicitó y aprobó exención del Consentimiento Informado por parte del Comité de Ética, tomando en cuenta el diseño del estudio, el riesgo mínimo que representa para los participantes y que no se solicitaron datos personales con los que pudieran ser identificados.

RESULTADOS

El primer participante fue reclutado el día 16 de junio de 2020, y este proceso continuó hasta el 15 de noviembre de 2020, logrando el reclutamiento de 127 participantes en total; de estos, sólo 1 declinó su participación desde un inicio, y otro más se excluyó por no concluir los cuestionarios (Figura 1).



Figura 1. Reclutamiento

El tamaño de muestra mínimo que se tenía contemplado inicialmente era de 88 individuos, y logró superarse por 39 más. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

De los 125 participantes incluidos en el análisis estadístico, la edad media fue de 22.8 años (Tabla 1). La distribución de sexo fue muy similar, con 63 estudiantes mujeres (50.4%) y 62 hombres (49.6%) (Tabla2); el estado civil del 100% fue soltero (Tabla 3).

	EDAD	TAS 20 TOTAL	DIS	DDS	POE	AUDIT
N	125	125	125	125	125	125
Media	22.80	45.42	15.61	12.86	16.95	5.44
Mediana	23.00	43.00	13.00	12.00	17.00	4.00
Moda	22	44	7	10	20	1
Desv. Desviación	1.350	14.437	7.628	5.002	4.392	5.103
Mínimo	20	25	7	5	9	0
Máximo	29	82	33	24	30	31

Tabla 1. Puntuaciones totales (DIS: Dificultad para identificar sentimientos. DDS: Dificultad para describir sentimientos. POE: Pensamiento orientado a lo externo)

Sexo		
	Porcentaje	Frecuencia
F	50.4	63
M	49.6	62
Total	100.0	125

Tabla 2. Sexo

Estado civil		
	Porcentaje	Frecuencia
Soltero	100.0	125

Tabla 3. Estado civil

La edad más frecuente para el inicio del consumo de alcohol fue entre 16 y 18 años, con 64 participantes (51.2%), y la menos frecuente reportada fue 10 años o menos, con 1 participante (0.8%). 7 personas nunca habían consumido alcohol en su vida (5.6%) (Tabla 4).

Edad de inicio de consumo de alcohol		
	Porcentaje	Frecuencia
10 o menos	0.8	1
11-15.	16.8	21
16-18	51.2	64
19-24	25.6	32
25 o más	0	0
NUNCA	5.6	7
Total	100.0	125

Tabla 4. Edad de inicio de consumo de alcohol

Se encontró que 20 participantes (16%) se encontraban consumiendo tabaco de forma regular al menos en los últimos 12 meses (Tabla 5). Respecto al uso de otras drogas, 61 (48.8%) han consumido alguna droga al menos una vez en la vida y 64 (51.2%) no lo han hecho nunca (Tabla 6). Del consumo de otras drogas en los últimos 12 meses, sólo 24 (19.2%) respondieron si haberlo hecho al menos en una ocasión (Tabla 7).

Consumo de tabaco		
	Porcentaje	Frecuencia
Si	16	20
No	84	105
Total	100	125

Tabla 5. Consumo de Tabaco

Consumo de drogas alguna vez en la vida		
	Porcentaje	Frecuencia
Si	48.8	61
No	51.2	64
Total	100	125

Tabla 6. Consumo de drogas alguna vez en la vida

Consumo de drogas últimos 12 meses		
	Porcentaje	Frecuencia
Si	19.2	24
No	80.8	101
Total	100	125

Tabla 7. Consumo de drogas últimos 12 meses

Los resultados del AUDIT para consumo de alcohol situaron a los participantes en las siguientes categorías dependiendo del puntaje obtenido: 13 abstemios (10.4%), 1 con dependencia (0.8%), 27 con consumo de riesgo alto (21.6%) y 84 con consumo de riesgo bajo (67.2%) (Tabla8).

Para la alexitimia se utilizó un punto de corte de 61 o más en la TAS-20 como sinónimo de alexitimia, encontrando 24 sujetos (19.2%) que si obtuvieron estas puntuaciones y 101 (80.8%) que no (Tabla 9).

AUDIT		
	Porcentaje	Frecuencia
Abstemio	10.4	13
Dependencia	0.8	1
Riesgo alto	21.6	27
Riesgo bajo	67.2	84
Total	100.0	125

Tabla 8. AUDIT

Alexitimia		
	Porcentaje	Frecuencia
NO	80.8	101
SI	19.2	24
Total	100.0	125

Tabla 9. Alexitimia

El objetivo principal del estudio era determinar si existe una asociación entre la presencia y el grado de alexitimia y el consumo de alcohol en los estudiantes. Al hacer el análisis de los datos, no se encontró alguna diferencia que fuera estadísticamente significativa. Solo al correlacionar el sexo de los participantes con la presencia de alexitimia, se obtuvo un resultado significativo, encontrando más frecuente este constructo en las mujeres ($P=0.03$) (Tabla 10, Tabla 11, Tabla 12).

		Alexitimia		P
		No	Si	
Sexo	F	45.5%	70.8%	0.03
	M	54.5%	29.2%	
Estado civil	Soltero	100.0%	100.0%	>0.05
Edad de inicio de consumo de alcohol	10 o menos	1.0%	0.0%	>0.05
	11-15	14.9%	25.0%	>0.05
	16-18	49.5%	58.3%	>0.05
	19-24	28.7%	12.5%	>0.05
	Nunca	5.9%	4.2%	>0.05
Audit categoría	Abstemio	8.9%	16.7%	>0.05
	Dependencia	0.0%	4.2%	>0.05
	Riesgo alto	20.8%	25.0%	>0.05
	Riesgo bajo	70.3%	54.2%	>0.05

Tabla 10. Correlación Alexitimia-AUDIT (F: femenino. M: masculino)

Tampoco se encontró relación entre quienes si puntuaron positivo para alexitimia y la edad de inicio del consumo de alcohol ($p>0.05$) (Tabla 10, Tabla 13).

Alexitimia y categoría AUDIT			
Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	p
Chi-cuadrado de Pearson	6,240 ^a	3	0.101
Razón de verosimilitud	5.237	3	0.155
N de casos válidos	125		

Tabla 11. Chi2 Alexitimia-AUDIT

Alexitimia*Sexo				
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	4,961 ^a	1	0.026	
Corrección de continuidad^b	4.001	1	0.045	
Razón de verosimilitud	5.092	1	0.024	
Prueba exacta de Fisher				0.040
N de casos válidos	125			

Tabla 12. Chi2 Alexitimia-sexo

Alexitimia * Edad de inicio de consumo de alcohol			
Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	p
Chi-cuadrado de Pearson	3,822 ^a	4	0.431
Razón de verosimilitud	4.255	4	0.373
N de casos válidos	125		

Tabla 13. Chi2 Alexitimia- edad inicio de consumo

Al analizar como otro objetivo secundario, si había asociación entre la alexitimia y el consumo de tabaco y otras drogas, tampoco se encontraron diferencias que fueran estadísticamente significativas (Tabla 14).

		Alexitimia		P
		Si	No	
Tabaco	Si	25.0%	13.6%	>0.05
	No	75.0%	85.4%	>0.05
Drogas (alguna vez)	Si	58.3%	46.6%	>0.05
	No	41.7%	52.4%	>0.05
Drogas (últimos 12 meses)	Si	16.7%	19.4%	>0.05
	No	83.3%	79.6%	>0.05

Tabla 14. Alexitimia-otras drogas

Por último, si bien no encontramos correlación entre la puntuación total de la TAS-20 y las categorías que marca el AUDIT de consumo de alcohol, buscamos si existía alguna asociación significativa con alguna de las subescalas de la TAS-20 (Dificultad para identificar sentimientos, dificultad para describir sentimientos y pensamiento orientado a lo externo) con las categorías del AUDIT, pero tampoco fue significativo en ninguna de ellas (Tabla 15, Tabla 16, Tabla 17).

Tabla cruzada DIS * AUDIT							
			AUDIT				Total
			Abstemio	Riesgo Bajo	Riesgo Alto	Dependencia	
DIS	<20	% dentro de AUDIT	63.60%	72.50%	75.00%	100.00%	72.40%
		Residuo estandarizado	-0.3	0	0.1	0.3	
	>21	% dentro de AUDIT	36.40%	27.50%	25.00%	0.00%	27.60%
		Residuo estandarizado	0.6	0	-0.2	-0.5	
Total		% dentro de AUDIT	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Tabla 15. AUDIT- DIS: Dificultad para identificar sentimientos.

Tabla cruzada DIS * AUDIT							
			AUDIT				Total
			Abstemio	Riesgo Bajo	Riesgo Alto	Dependencia	
DIS	<20	% dentro de AUDIT	63.60%	72.50%	75.00%	100.00%	72.40%
		Residuo estandarizado	-0.3	0	0.1	0.3	
	>21	% dentro de AUDIT	36.40%	27.50%	25.00%	0.00%	27.60%
		Residuo estandarizado	0.6	0	-0.2	-0.5	
Total		% dentro de AUDIT	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Tabla 16. AUDIT- DDS: Dificultad para describir sentimientos.

Tabla cruzada POE*AUDIT							
			AUDIT				Total
			Abstemio	Riesgo Bajo	Riesgo Alto	Dependencia	
POE	<23	% dentro de AUDIT	100.0%	92.5%	87.5%	100.0%	92.2%
		Residuo estandarizado	0.3	0.0	-0.2	0.1	
	>24	% dentro de AUDIT	0.0%	7.5%	12.5%	0.0%	7.8%
		Residuo estandarizado	-0.9	-0.1	0.8	-0.3	
Total		% dentro de AUDIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 17. AUDIT- POE: Pensamiento orientado a lo externo

DISCUSIÓN

Nuestro estudio no pudo confirmar la hipótesis de trabajo establecida: quienes presentaran un mayor grado de alexitimia tendrían también un mayor consumo de alcohol, llegando a catalogarse incluso como consumidores de riesgo. Aunque la hipótesis no fue demostrada, igual encontramos este resultado significativo, precisamente por desviarse de lo esperado de acuerdo con lo reportado en la literatura (Ghorbani et al., 2017; Knapton et al., 2018; Moral, 2015; Thorberg et al., 2009).

No existe en nuestra muestra una asociación significativa entre la presencia de alexitimia y el grado de consumo de alcohol. Algunas teorías que surgen del porque se obtuvo este resultado inesperado, son que la asociación si pudiera estar presente, pero no se ve reflejada y esto se puede deber a diversos factores, por ejemplo, que los cuestionarios al ser auto aplicados en línea puedan generar dudas de los participantes que no se puedan aclarar en el momento y esto lleva a malinterpretar algunos ítems. También que al ser estudiantes de la propia universidad quienes respondieron los cuestionarios, ellos hayan sub reportado su consumo de alcohol y/o los datos que sugieran cierto grado de alexitimia, por la preocupación de que podría ocurrir dependiendo de los resultados obtenidos (aunque se aclaró desde el inicio que la participación era completamente voluntaria, sin repercusión alguna para quien no deseara hacerlo).

Otra hipótesis bastante interesante para explicar la discrepancia en nuestros resultados frente a los ya existentes en otros estudios es que en realidad la

alexitimia no juegue un papel fundamental en el desarrollo de problemas con el alcohol, al menos no en un porcentaje significativo de la población.

Como parte de los objetivos secundarios, también se analizó la posible relación entre alexitimia y la edad a la que se inició el consumo de alcohol, el consumo activo de tabaco y el uso de otras drogas alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses.

Se esperaba encontrar una asociación directamente proporcional entre estas variables, nuevamente basados en la evidencia previa de otras investigaciones similares (Belcher et al., 2014; de Haan et al., 2014; Palma-Álvarez, 2021). Tal asociación no fue significativa para uso de tabaco ni de otras drogas.

Las hipótesis planteadas para estos hallazgos son las mismas que se expusieron previamente para la asociación con el uso de alcohol.

El único dato con el que se encontró una diferencia estadística y clínicamente significativa en la asociación con alexitimia es con el género de los participantes. Y aunque esto también se ha observado en otras poblaciones, lo importante en este estudio es que fueron más mujeres con un puntaje positivo para alexitimia que los hombres.

En todos los artículos que revisamos que reportaban datos de prevalencia y sociodemográficos, fue el género masculino en el que predominaba siempre la alexitimia en comparación con las mujeres; nuevamente nos encontramos con una discrepancia entre nuestros resultados y los referidos en la literatura (Alzahrani et al., 2020; Kajanoja et al., 2019; Moral de la Rubia, 2005).

La prevalencia de alexitimia en el total de la muestra fue de 19.2%, prácticamente el doble que la encontrada en otros estudios de 8 a 10%. Este dato en particular debe ser tomado con reserva, pues han sido muy escasos los trabajos que evalúan la prevalencia en la población general o en poblaciones específicas como la de estudiantes universitarios. Incluso hay prevalencias reportadas tan altas como 40-50% en ciertas poblaciones (Thorberg et al., 2009).

Limitaciones

Estamos conscientes de las limitaciones que acompañan este estudio y serán mencionadas a continuación para tener en cuenta al momento de interpretar los resultados.

Se trata de un estudio transversal, que por lo tanto no permite evaluar de forma longitudinal en diferentes puntos de tiempo las variables y sus correlaciones, las cuales podrían presentar cambios significativos dependiendo del momento y contexto en que son evaluadas.

Los instrumentos utilizados fueron de auto reporte y aplicados en línea, esto debido a la cuarentena en el país por la pandemia de SARS-Cov2. Si bien se proporcionó un correo electrónico para aclarar dudas, creemos que, de haberlo hecho de forma presencial, se hubiera facilitado el proceso y mejor comprensión de los cuestionarios.

Nuestra muestra es tomada de una población homogénea muy específica: estudiantes de la escuela de medicina de nuestra universidad cursando el quinto

año de la carrera. Esto puede suponer una ventaja para el propósito de evaluar las variables en diferentes contextos y compararlo con otros. Sin embargo, se limita la extrapolación de resultados a la población general y a muestras clínicas.

Por último, la pandemia de SARS-Cov2 ha generado cambios sin precedentes en prácticamente todas las actividades humanas a nivel mundial, y el consumo de sustancias no es la excepción. Hay reportes que indican un aumento en el uso y abuso de diferentes sustancias adictivas durante la pandemia (Romano et al., 2021; Schmidt et al., 2021), aunque también sabemos que en ciertas poblaciones ocurrió lo contrario, con una disminución del uso de sustancias, sobre todo los primeros meses de cuarentena.

Por lo anterior, el consumo de alcohol que reportaron los individuos pudiera no ser el que acostumbran en su nivel basal (previo a la pandemia), sin poder determinar si este sería mayor o menor.

CONCLUSIONES

A pesar de las limitaciones del estudio y de no haber comprobado la hipótesis principal, consideramos que los resultados que obtuvimos son relevantes para la comunidad científica, pues contrastan notoriamente con lo que ha sido encontrado en investigaciones previas.

Si bien queda la puerta abierta al cuestionamiento del por qué este contraste con la literatura existente, estos resultados plantean muchas interrogantes respecto a lo que se entiende actualmente del tema y lo que falta por conocer.

Será importante ampliar este campo de conocimiento para terminar de definir no sólo la relación entre alexitimia y consumo de alcohol, si no también si es una asociación significativa en el abordaje clínico y prevención de los trastornos por uso de alcohol.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alzahrani, S. H., Coumaravelou, S., Mahmoud, I., Beshawri, J., & Algethami, M. (2020). Prevalence of alexithymia and associated factors among medical students at King Abdulaziz University: A cross-sectional study. *Annals of Saudi Medicine*, 40(1), 55–62. <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2020.55>
- American Psychiatric Publishing. (2014). Guía de Consulta de los Criterios diagnósticos del Dsm-5.
- Assogna, F., Cravello, L., Orfei, M. D., Cellupica, N., Caltagirone, C., & Spalletta, G. (2016). Alexithymia in Parkinson's disease: A systematic review of the literature. *Parkinsonism & related disorders*, 28, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2016.03.021>
- Organización Mundial de la salud (2001). Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol; Pautas para su utilización en Atención Primaria. Retrieved from https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Ryan, D. (1986). Toronto Alexithymia Scale: relationship with personality and psychopathology measures. *Psychotherapy*

and psychosomatics, 45(4), 207–215. <https://doi.org/10.1159/000287950>

Baiardini, I., Abbà, S., Ballauri, M., Vuillermoz, G., & Braido, F. (2011). Alexithymia and chronic diseases: the state of the art. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 33(1 Suppl A), A47–A52.

Belcher, A. M., Volkow, N. D., Moeller, F. G., & Ferré, S. (2014). Personality traits and vulnerability or resilience to substance use disorders. *Trends in cognitive sciences*, 18(4), 211–217. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.01.010>

Blanchard, E. B., Arena, J. G., & Pallmeyer, T. P. (1981). Psychometric properties of a scale to measure alexithymia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 35(1), 64–71. <https://doi.org/10.1159/000287479>

Cameron, K., Ogrodniczuk, J., & Hadjipavlou, G. (2014). Changes in alexithymia following psychological intervention: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 162–178. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000036>

Coriale, G., Bilotta, E., Leone, L., Cosimi, F., Porrari, R., De Rosa, F., & Ceccanti, M. (2012). Avoidance coping strategies, alexithymia and alcohol abuse: A mediation analysis. *Addictive Behaviors*, 37(11), 1224–1229. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.05.018>

Cruise, K. E., & Becerra, R. (2018). Alexithymia and problematic alcohol use: A critical update. *Addictive Behaviors*, 77, 232–246. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.09.025>

de Haan, H. A., van der Palen, J., Wijdeveld, T. G., Buitelaar, J. K., & De Jong, C. A. (2014). Alexithymia in patients with substance use disorders: state or trait?

Psychiatry research, 216(1), 137–145.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.12.047>

Di Tella, M., & Castelli, L. (2016). Alexithymia in Chronic Pain Disorders. *Current rheumatology reports*, 18(7), 41. <https://doi.org/10.1007/s11926-016-0592-x>

Fernandez Montalvo, J., & Yáñez, S. (1994). Alexitimia :Concepto,Evaluacion y Tratamiento. *Psicothema*, 6(3), 357–366.

<https://www.redalyc.org/pdf/727/72706303.pdf>

Ghorbani, F., Khosravani, V., Sharifi Bastan, F., & Jamaati Ardakani, R. (2017).

The alexithymia, emotion regulation, emotion regulation difficulties, positive and negative affects, and suicidal risk in alcohol-dependent outpatients.

Psychiatry Research, 252, 223–230.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.03.005>

Giles, E. L., McGeechan, G. J., Coulton, S., Deluca, P., Drummond, C., Howel, D., Kaner, E., McColl, E., McGovern, R., Scott, S., Stamp, E., Sumnall, H., Todd, L., Vale, L., Albani, V., Boniface, S., Ferguson, J., Gilvarry, E., Hendrie, N., Howe, N., Newbury-Birch, D. (2019). Brief alcohol intervention for risky drinking in young people aged 14–15 years in secondary schools: the SIPS JR-HIGH RCT. NIHR Journals Library.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, Reynales- Shigematsu, L., Zavala-Arciniega, L., Paz-Ballesteros, W., Gutiérrez-Torres, D., García-Buendía, J., Rodríguez-Andrade, M., Gutiérrez-

- Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M., & Mendoza-Alvarado, L. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco*. August, 489.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.32871.85921>
- Kajanoja, J., Scheinin, N. M., Karukivi, M., Karlsson, L., & Karlsson, H. (2019). Alcohol and tobacco use in men: the role of alexithymia and externally oriented thinking style. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 45(2), 199–207. <https://doi.org/10.1080/00952990.2018.1528267>
- Knapton, C., Bruce, G., & Williams, L. (2018). The Impact of Alexithymia on Desire for Alcohol during a Social Stress Test. *Substance Use and Misuse*, 53(4), 662–667. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1355389>
- Leising, D., Grande, T., & Faber, R. (2009). The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): A measure of general psychological distress. *Journal of Research in Personality*, 43(4), 707–710. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.03.009>
- Lyvers, M., Mayer, K., Needham, K., & Thorberg, F. A. (2019). Parental bonding, adult attachment, and theory of mind: A developmental model of alexithymia and alcohol-related risk. *Journal of Clinical Psychology*, 75(7), 1288–1304.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22772>
- Moral de la Rubia, J. (2015). Alexitimia y rasgos de alcoholismo, una relación mediada por la depresión. *Medicina Universitaria*, 11(43), 99–108.
<http://eprints.uanl.mx/8267/>

- Moral de la Rubia, J. (2005). La alexitimia en relación con el sexo y el rol de género. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 15(1),147-166. ISSN: 1405-3543. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65415106>
- Moral de la Rubia, J. (2009). Alexitimia y rasgos de alcoholismo, una relación mediada por la depresión. *Medicina Universitaria*,11(43):99-108. <http://www.meduconuanl.com.mx/>
- Morales Quintero, L. A., Moral Jiménez, M. de la V., Rojas Solís, J. L., Bringas Molleda, C., Soto Chilaca, A., & Rodríguez Díaz, F. J. (2019). Psychometric properties of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) in adolescents and young adults from Southern Mexico. *Alcohol*, 81, 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2019.05.002>
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2011). Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: A programmatic review. *Psychiatry Research*, 190(1), 43–48. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.026>
- Palma-Álvarez, R. F., Ros-Cucurull, E., Daigre, C., Perea-Ortueta, M., Serrano-Pérez, P., Martínez-Luna, N., Salas-Martínez, A., Robles-Martínez, M., Ramos-Quiroga, J. A., Roncero, C., & Grau-López, L. (2021). Alexithymia in Patients With Substance Use Disorders and Its Relationship With Psychiatric Comorbidities and Health-Related Quality of Life. *Frontiers in psychiatry*, 12, 659063. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.659063>

- Romano, I., Patte, K. A., de Groh, M., Jiang, Y., Wade, T. J., Bélanger, R. E., & Leatherdale, S. T. (2021). Substance-related coping behaviours among youth during the early months of the COVID-19 pandemic. *Addictive behaviors reports*, 14, 100392. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2021.100392>
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruíz Pedro, & Kaplan, H. I. (2015). 20. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. In *Kaplan-Sadock Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la Conducta, psiquiatría clínica* (11th ed., pp. 616–690). essay, Wolters Kluwer.
- Schmidt, R. A., Genois, R., Jin, J., Vigo, D., Rehm, J., & Rush, B. (2021). The early impact of COVID-19 on the incidence, prevalence, and severity of alcohol use and other drugs: A systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 228, 109065. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109065>
- Schuckit, M. A. (2009). Alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9662), 492–501. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60009-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60009-X)
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141(6), 725–732. <https://doi.org/10.1176/ajp.141.6.725>
- Thorberg, F. A., Young, R. M. D., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2009). Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. *Addictive Behaviors*, 34(3), 237–245. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.10.016>
- Unikel-Santoncini, C., & Caballero-Romo, A. (2005). La Escala Modificada de Alexitimia de Toronto, Validación en Pacientes Mexicanas con Trastorno de la

Conducta Alimentaria. *Psicología Iberoamericana*, 13(2),88-95. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133926983006>

Yalınay Dikmen, P., Onur Aysevener, E., Kosak, S., Ilgaz Aydınlar, E., & Sağduyu
Kocaman, A. (2020). Relationship between MIDAS, depression, anxiety and
alexithymia in migraine patients. *Acta neurologica Belgica*, 120(4), 837–844.
<https://doi.org/10.1007/s13760-017-0856-x>

ANEXOS

ESCALA DE ALEXITMIA DE TORONTO TAS-20

Por favor, lea atentamente cada una de las afirmaciones y marque con una "X" en qué medida usted está o no de acuerdo con cada una de ellas.

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = Moderadamente en desacuerdo

3 = Ni en acuerdo ni en desacuerdo

4 = Moderadamente de acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5
1. A menudo me siento confundido sobre cuál es la emoción que estoy sintiendo.					
2. Me es difícil encontrar las palabras exactas para describir mis sentimientos.					
3. Tengo sensaciones físicas que ni los médicos entienden.					
4. Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad.					
5. Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos o explicarlos.					
6. Cuando estoy mal, no sé si estoy triste, asustado o enojado.					
7. A menudo estoy confundido con las sensaciones que noto en mi cuerpo.					
8. Prefiero dejar que pasen las cosas, en vez de analizar por qué han sucedido así.					
9. Tengo sentimientos que no puedo identificar.					
10. Es importante estar en contacto y sentir emociones o sentimientos.					
11. Me es difícil describir o explicar lo que siento sobre la gente.					
12. La gente me pide que explique con más detalle mis sentimientos.					
13. No sé lo que pasa en mi interior, dentro de mí.					
14. A menudo no sé por qué estoy enojado.					
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias más que de sus sentimientos.					
16. Prefiero ver en la TV programas simples de entretenimiento, en vez de complicados dramas psicológicos.					
17. Me es difícil demostrar mis más profundos sentimientos, incluso a mis amigos íntimos.					
18. Puedo sentirme cercano a alguien, comprender sus sentimientos, aún en momentos de silencio.					
19. Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.					
20. Buscar el significado profundo de las películas impide la diversión que se pueda sentir viéndolas simplemente, sin complicarse.					

Versión 1.0

julio 2019

Test de identificación de Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT).

Por favor marque con una X el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

NOTA: 1 bebida alcohólica = 1 cerveza (330ml) ó 1 copa de vino (140ml) ó 1 copa de destilados (40ml) ó su equivalente.

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De dos a cuatro veces al mes	Dos o tres veces a la semana	Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas tomas normalmente en un día de consumo normal?	Una o dos	Tres o cuatro	Cinco o seis	De siete a nueve	Diez o más
3. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario, o casi diario.
4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario, o casi a diario.
5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido cumplir con alguna de tus obligaciones después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario, o casi a diario.
6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario, o casi a diario.
7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario, o casi a diario.
8. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario, o casi a diario.
9. ¿Tú o alguna otra persona han resultado heridos como consecuencia de que tú habías bebido?	No		Si, pero no en el curso del último año		Si, en el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de bebidas alcohólicas, o te han sugerido que dejes de beber?	No		Si, pero no en el curso del último año		Si, en el último año
				TOTAL	

FORMATO DE DATOS GENERALES

Favor de proporcionar los siguientes datos

(Para ser llenado también en la plataforma, algunos ítems contarán con formato de respuesta de opción múltiple).

Edad:	
Sexo:	Opciones: Masculino / Femenino
Estado civil:	Opciones: Soltero / Casado / Divorciado / Separado / Unión Libre
¿A qué edad iniciaste el consumo de alcohol?:	Opciones: Nunca he consumido alcohol / Igual o antes de los 10 Años / Entre 11 Y 15 años / Entre 15 Y 18 años / Entre 18 Y 24 años / A los 25 años o después.
Además de alcohol, ¿consumes tabaco de forma regular (al menos un cigarrillo por semana)?	Opciones: Si / No
Además de alcohol y tabaco, ¿consumes o has consumido otras drogas?	Opciones: Ninguna / Si, pero ninguna en los últimos 12 meses / Si, y he consumido al menos una vez en los últimos 12 meses.

Versión 1.0 mayo 2020

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Soy Carolina Villarreal Reséndez, originaria de Monterrey, Nuevo León. Realicé mis estudios de bachillerato en el Centro de Investigación para la Educación Bilingüe CIDEB de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente ingresé a la Facultad de Medicina de la misma universidad, obteniendo mi título de Médico, Cirujano y Partero en 2016. Realicé mi servicio social en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de la Secretaría de Salud del Estado de NL.

Actualmente estoy por concluir mi especialidad en psiquiatría que inicié en marzo de 2018. Mi principal área de interés es el manejo integral de los trastornos adictivos.